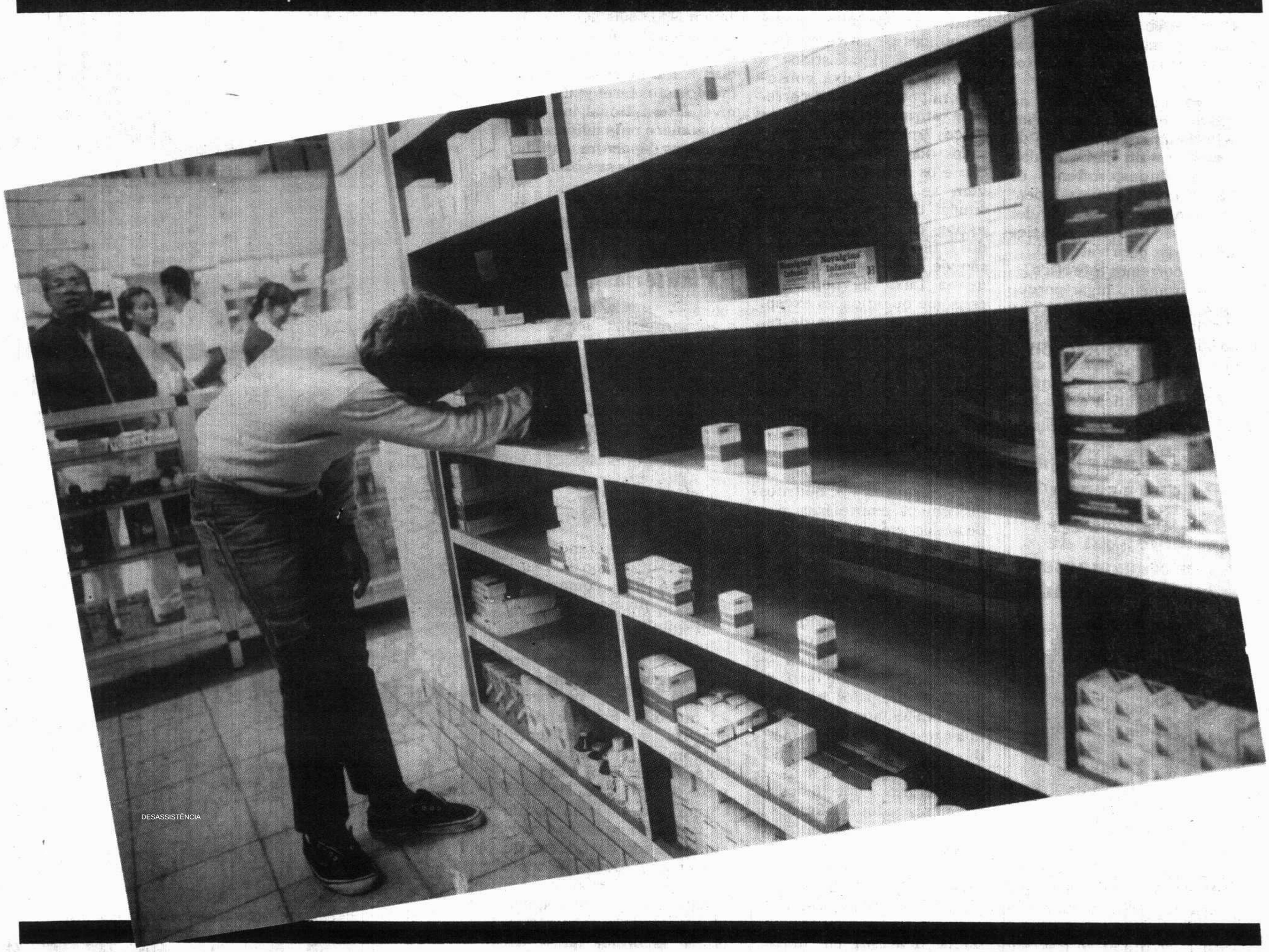
A DESASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ENCARTE ESPECIAL 3

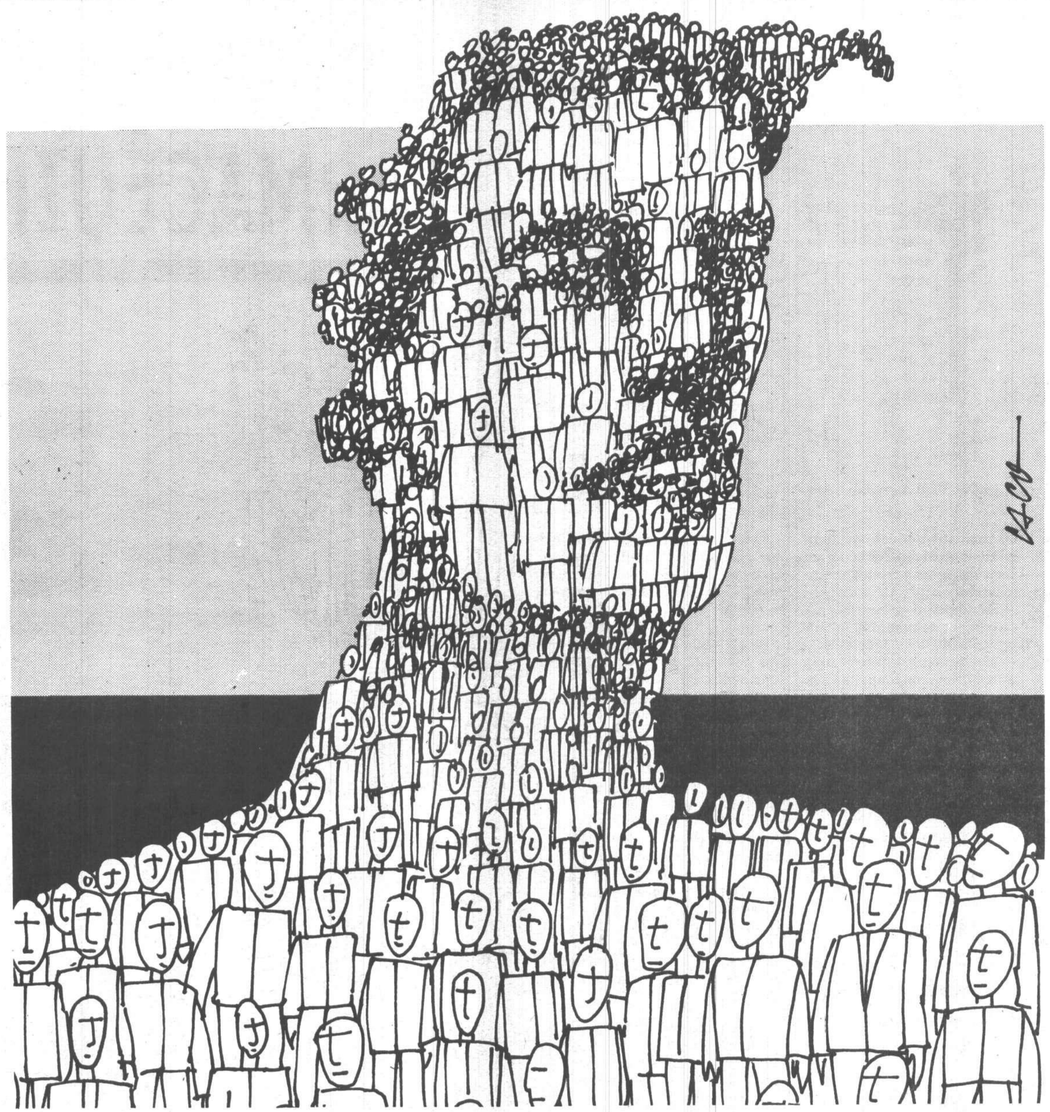


DESASSISTÊNCIA

O artigo que publicamos neste Encarte Especial 3 foi escrito pela Drª. Suely Rozenfeld – Pesquisadora Visitante do Programa CNPq/Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz e ex-Diretora da Divisão de Medicamentos (Dimed) da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) – com o objetivo de analisar a crise entre a indústria farmacêutica e o Governo, quando os empresários novamente ameaçam com a falta de produtos básicos e até com a demissão em massa de empregados para forçar a concessão de novos aumentos nos preços dos medicamentos pelo CIP (Conselho Interministerial de Preços).

Sétimo colocado no mercado mundial de medicamentos, o Brasil corre o risco de enfrentar novamente o fantasma da falta de medicamentos básicos? Qual é verdadeiramente a realidade do setor? Que tipo de instrumentos devem reger a relação entre o Estado e a iniciativa privada?

São estas as perguntas que a Drª. Suley Rozenfeld procura responder em seu artigo, que publicamos não apenas pelos dados atualizados nele contidos mas também pela importância do assunto para os profissionais do setor saúde e para a sociedade como um todo.



A DESASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Suely Rozenfeld

INTENSIFICARAM-SE nas últimas semanas as pressões do poderoso **lobby** da indústria farmacêutica, veiculando pela imprensa nacional ameaças de paralisação das atividades e demissões em massa dos empregados, para forçar a concessão de aumento de preços junto ao CIP. A resposta do governo é a prática do avestruz: esconde a cabeça na areia, obstinado em não ver o que lhe desagrada. É de novo o fantasma da falta de remédios e o silêncio quase generalizado das autoridades.

Será que realmente as grandes empresas européias e norte-americanas estão de malas prontas para nos deixar à mingua, sofrendo os males decorrentes das doenças crônicas e das grandes endemias, sem ter os meios adequados para tratá-las?

Não corremos este risco.

Em primeiro lugar porque o mercado farmacêutico é apetitoso demais e somente os loucos ignorariam a enorme demanda potencial existente. E os **tycoon** da indústria farmacêutica estão longe de serem alienados. Vamos aos números.

"Da mesma forma que a renda nacional, o consumo de medicamentos está concentrado"

Consultando os dados da Revista Brasileira de Tecnologia do CNPq, de março de 1987, observa-se que o Brasil é o 7º colocado no mercado mundial de medicamentos, com esperanças, por parte das indústrias de ascender ao 3º lugar nos próximos anos. Ao lado desta situação "privilegiada" estamos num "modesto" 17º lugar quando se considera o consumo **per cápita.** São 13 dólares/pessoa/ano gastos em remédios que garantem esta colocação, abaixo de países como Argentina, África do Sul e Irã. Porém apenas 63 milhões de brasileiros têm acesso ao medicamento, ficando 52% da população sem cobertura farmacêutica. Ou dito de outra forma: 23% da população consomem 60% da produção. Confrontando estes números conclui-se o óbvio: consumimos muito porém de maneira desigual. Da mesma forma que a renda nacional, o consumo de remédios também está concentrado. A busca crescente de lucros pela indústria farmacêutica não permite ignorar os milhões de interioranos e nordestinos desassistidos e mirá-los como faixa consumidora potencial. Se é correta a afirmativa de que os preços unitários estão defasados dos custos de produção e os aumentos setoriais vêm se situando sempre aquém dos índices inflacionários, os números apontados acima assumem a dimensão de uma fatalidade: pequena faixa de população consome quantidades excepcionalmente vultosas de remédios relativamente baratos, para garantir o 17º lugar no ranking mundial. É de se notar que a concessão dos 70% de aumento pleiteados pela indústria, faria ascender 2 pontos nesta perversa escala internacional.

A outra ameaça que nos dirigem os empresários é a demissão em massa. Ora, a indústria farmacêutica não está entre as que empregam os maiores contingentes de mão-de-obra. O desemprego no Brasil assume feição muito mais dolorosa do que esta com que acenam agora os queixosos. Os que são os 58000 empregados no setor comparados aos quase 7 milhões de trabalhadores na indústria de transformação? Muito pouco, ainda mais se considerarmos que 16 dos 58 mil empregados são ligados à atividade de vendas, entre os quais 12 mil à publicidade, parte deles podendo facilmente ser absorvidos em outras áreas. Quanto aos 2700 técnicos, na suposição absurda de demissão em massa, poderiam ser reaproveitados nas universidades e até mesmo no comércio varejista, onde encontramos 40000 farmácias, a maioria com precaríssima assistência técnica.

Se não fosse suficiente o atrativo do lucro embutido na miséria dos carentes, teríamos ainda outra boa razão para não temer a fuga empresarial massiva. Trata-se do famigerado e conhecido mecanismo de superfaturamento na importação de matéria-prima.

A coisa funciona assim.

Embora aparentemente haja fragmentação do mercado farmacêutico, com elevado número de empresas, cada qual dona de pequena fatia nas vendas totais, a análise por classe terapêutica revela, ao contrário, uma situação de monopólio ou oligopólio. A Roche e a Merck detém 50% do mercado de vitaminas; a Biogalênica e a MSD 60% dos diuréticos; a Shering e a MSD 60% dos corticóides e assim por diante. Tal modelo é o espelho do setor farmoquímico a nível internacional, no qual um número reduzidíssimo de empresas concentra a produção mundial de sais básicos.

"Há o superfaturamento na importação da matérias-primas"

As filiais das grandes empresas transnacionais, instaladas no País compram a matéria prima da casa-matriz e declaram aqui preços que dificilmente podem ser cotizados com o de outros fornecedores, face ao domínio que têm no mercado mundial. Impõem desta maneira seus preços, superfaturam nas importações e obtém a partir daí parte respeitável dos lucros. Há quem afirme que o ganho obtido na venda do remédio é marginal quando comparado ao proveniente desta inocente transação comercial.

Entre outras consequências, o custo da matéria-prima importada que é declarado, superfaturado, vai compor a matriz de custos que o CIP utiliza para calcular o preço do produto final. E os gastos com matéria-prima oscilam entre 20 e 40% do custo de produção!

Não se trata de mero exercício de retórica. Estudo argentino de Bisang e Groisman dimensionou o superfaturamento neste país vizinho, situando-o na casa dos 80 milhões de dólares em 1983 que correspondiam a 10% do total das importações naquele ano. As próprias empresas brasileiras, têm experiência suficiente para comprovar que é possível economizar divisas ao adquirir as mesmas quantidades de drogas a preços de mercado livre, na Itália, Suiça ou nos países do Leste europeu.

Como se não bastassem os ganhos com o superfaturamento, há inúmeros outros motivos para que o Brasil continue exercendo forte fascínio sobre as empresas produtoras de medicamentos, entre eles: a profusão de órgãos estatais – BNDS, FINEP, STI, CEME – que amparam a produção de matéria-prima de inúmeras empresas de capital nacional; órgãos de vigilância sanitária funcionando precariamente e o paradisíaco universo da propaganda.

Quando a indústria reivindica maior bonomia por parte do CIP, alegando seus altos custos de produção, é quase impossível esquecer que neles estão embutidos, qual corpo estranho, os gastos com as diversas modalidades de propaganda. Dimensão estudada em profundidade por J. G. Temporão em seu livro "A propaganda de medicamentos e o Mito da Saúde" estes gastos correspondem a 30% do preço do medicamento. Tal percentual mantém-se no mesmo patamar há vários anos e praticamente corresponde aos gastos industriais. Exemplo da importância desta atividade é o comportamento da brasileiríssima Dorsay, campeã entre os anunciantes desde 1983.

Dispendiosa e variada é a atividade promocional. Pode ser feita por meio de propagandistas, amostra-grátis, rádio e TV, bonificações às farmácias e à subsidiada por informações provenientes de verdadeiras auditorias de marketing, levadas a cabo por empresas quase clandestinas e tão sofisticadas que microfilmam receitas por trás dos balcões, na guerra do vale-tudo para conhecer o comportamento do consumidor e o perfil do consumo.

A frenética atividade propagandística da indústria farmacêutica também desagrada aos profissionais de saúde. Fruto da competitividade entre as indústrias, lança mão de poderosos instrumentos de sedução e convencimento e introduz elementos de avaliação estranhos ao universo da prática sanitária. Gerando consumo supérfluo, onera desnecessariamente o consumidor, já que os gastos com propaganda acabam incorporados no preço do produto final.

"As indústrias gastam 30% do preço do medicamento com propaganda"

O diagnóstico apresentado até aqui aponta para um comportamento empresarial que iguala o remédio, em tudo, a qualquer outra mercadoria. E assim tem sido ao longo dos tempos em todo o mundo. O que vem distinguindo um país do outro, é o comportamento das autoridades governamentais. Apenas para citar um exemplo que nos parece bastante significativo, lembramos o caso da Inglaterra. Lá o Ministério da Saúde, em abril de 1984, entrou em acordo com os industriais para reduzir a rentabilidade e fixar percentuais menores de recursos para publicidade!

O remédio não pode ser tratado como mercadoria. Ele é um instrumento terapêutico e deve ser objeto de uma política sanitária.

A fixação de preços ao consumidor deve ser o resultado da aplicação de uma política de assistência farmacêutica. Não se pode, sob pressão de setores que visam fundamentalmente auferir lucros crescentes, subordinar as necessidades sociais às demandas do campo econômico. As diretrizes sanitárias devem ser definidas e as áreas de intransigência explicitadas com clareza. A partir daí, numa ação articulada de governo, os interesses econômicos serão agregados.

Infelizmente, assistimos em época recente, o triste espetáculo de ver a inversão desta relação, como foi o caso da política de controle da natalidade, cujo tributo pagam hoje as milhões de mulheres esterilizadas precocemente.

Não se deve reduzir a questão da falta de medicamentos a uma singela discussão/negociação de percentuais. Estamos diante de um problema que se situa claramente na órbita das grandes decisões nacionais.

Vamos aumentar os preços de maneira uniforme ou pior ainda, aleatória (eufemismo para designar o ato de fazer concessões na base do "quem não chora não mama"), arcando com os ônus de expulsar faixas de consumo para as quais o medicamento se tornará um bem

"As diretrizes sanitárias devem vir antes dos interesses econômicos"

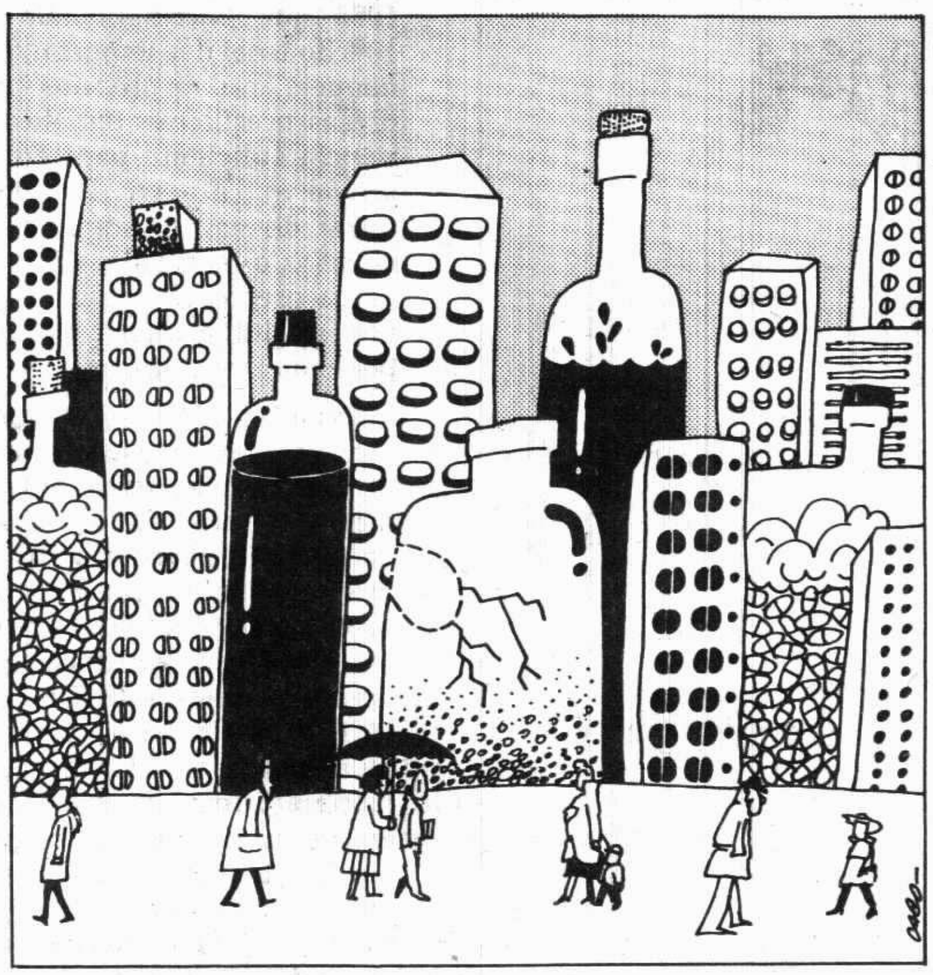
inacessível, e concentrando os benefícios nas parcelas privilegiadas que podem pagar os elevados custos da cura? Ou vamos ampliar o consumo à população desassistida, aumentando a tímida parcela de 10% de mercado governamental próprio?

As duas opções delineadas são, a longo prazo, excludentes. A primeira delas manterá o **status quo** com suas decantadas distorções. Preservam-se os altos índices de consumo desenfreado que desencadeiam todo o elenco de reações adversas e efeitos colaterais decorrentes do uso abusivo de medicamentos, característico dos grandes centros urbanos. Acentua-se a quimiodependência, automedicação e o desperdício. Para a indústria, esta solução atende aos objetivos circunstanciais e financeiros ao jogar, teoricamen-

quase generalizado das auto- nordestinos

ridades. mirá-los

A DESASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



te, o total mobilizado para a faixa dos 3 bilhões de dólares de consumo anuais.

A segunda alternativa é a de buscar mecanismos para estender a cobertura às populações sem acesso à assistência farmacêutica. Isso pode ser feito, por exemplo, através da ampliação dos segmentos atendidos pela CEME e/ou via financiamento pleno e vitalício do pacote terapêutico dos doentes crônicos – diabéticos, hipertensos, epilépticos e outras – ou ainda outras formas que as autoridades sanitárias e os profissionais de saúde, em amplo e democrático debate, encontrem. Assim, a indústria não se queixará pois, teoricamente, a cada 10 milhões de pessoas que entram na faixa consumidora, cerca de 700 milhões de dólares somam-se às suas receitas.

Desta forma, a aquisição do remédio estará garantida para quem dele precisa e não para aqueles que os tomam porque acham que vai fazer bem.

Ainda na análise das estratégias viáveis de transformação do quadro presente, é preciso encontrar formas para contornar a situação do superfaturamento. Uma delas seria através da criação de um órgão único, de caráter interministerial – Saúde, Fazenda, Indústria e Comércio, Ciência e Tecnologia – que selecionasse o ingresso de matérias-primas no País, levando em conta não somente critérios econômicos, mas sobretudo sociais – controle de qualidade das substâncias e prioridades assistenciais. Esse tema é tão relevante que foi objeto de um artigo na emenda constitucional subscritada por 41 entidades representativas dos profissionais de saúde e 4 partidos políticos. Ele prevê que o "poder público terá o monopólio da importação de matérias-primas químico-farmacêuticas". Reflexo da importância desta sugestão é a resistência que a ela a ABIFARMA opõe, que nada mais é do que a resistência ao controle do preço das importações. No seu Memorial à

"O poder público deve ter o monopólio da importação da matéria-prima químico-farmacêutica"

Nova República, de maio de 1985, a ABIFARMA assim se expressava: "a proposta de centralização das importações em um único órgão, apresentada por grupos, sem conhecimento da realidade dos fatos poderia, essa sim, eventualmente facilitar, sem dúvida, erros de julgamento".

Como se vê, ambos os posicionamentos expressos dentro das exigências colocadas pela atual conjuntura de transição: nitidez e clareza na defesa das posições. E foi com essa mesma clareza que se expressaram os Constituintes ao levar até a etapa de sistematização, a proposta de proibição da propaganda de remédio nos meios de comunicação de massa, contribuindo para poupar gastos significativos das indústrias em seu conjunto e retirando de cena um importante fator de distorção da assistência farmacêutica.

Enquanto as grandes diretrizes nacionais não são traçadas, é preciso equacionar os problema concretos e imediatos dos doentes cuja vida, ou qualidade da vida, depende do medicamento. Isso deve ser feito com base em dois fatos. O primeiro é o reconhecimento de que existe uma história natural dos remédios: assim como as pessoas, eles envelhecem e são substituídos. O segundo é que há hoje uma tendência internacional de desencadear medidas que favoreçam o uso racional de medicamentos.

A revisão ampla e científica do nosso arsenal terapêutico ainda está por ser feita. No entanto, já não é de todo impossível, por um lado, condenar os falsos remédios, os placebos, as associações injustificadas de várias substâncias no mesmo produto, e, por outro, identificar e favorecer o uso dos medicamentos esssenciais. E a partir destes critérios atualizar os preços nos casos imprescindíveis.

A dificuldade de encontrar produtos como analgésicos, polivitamínicos e descongestionantes nasais não chega a preocupar. As substâncias analgésicas mais usadas – dipirona e ácido acetil salicílico – vêm sendo objeto de restrições, e até retirada do mercado em alguns países desenvolvidos, e portanto a utilização mais criteriosa não nos fará mal. O uso indiscriminado de gotas descongestionantes vem sendo criticado há muito tempo. Ainda no ano passado um artigo do Britsh Medical Journal alertava que seu uso por mais de 5 dias chega a ser progressivamente perigoso. E os polivitamínicos em nosso País são na maioria das vezes usados para combater "aquele cansaço", mascarando causas sociais e psíquicas importantes. De qualquer maneira, um trabalho educativo orientando para similares terapêuticos dessas classes de produto, poderia auxiliar grandes parcelas de consumidores erroneamente informados.

Há também produtos que devem ser submetidos a uma reavaliação crítica rigorosa.

A seleção aleatória de dois produtos mencionados nas recentes reportagens da grande imprensa e uma busca preliminar na literatura, levantam considerações preocupantes.

"O Decreto 79.094/77 prevê punições à indústria que interromper a fabricação de medicamento sem comunicar o fato com antecedência de 180 dias"

O Gerontavit, por exemplo, segundo o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas contém 3 hormônios, 2 asteróides e um derivado tireoideano, além de uma série de vitaminas. Suas indicações terapêuticas são tão vagas e amplas quanto sua composição: Geriatria, menopausa, terapêutica cardíaca e circulação básica (?). Mas o mais surpreendente é que um dos hormônios, a metil-testosterona, foi objeto da Resolução Nº 17 da ex-Comissão de Biofarmácia do Ministério da Saúde em 1974, não revogada até o momento presente – nela, rejeitava-se o uso oral da metil-testosterona por ser reconhecida a desvantagem da aplicação desta forma metilada de testosterona em relação às formas não conjugadas ou esterificadas, talvez porque a metil-testosterona por via oral tenha sido "o primeiro dentre os vários androgênicos, a ser descoberto como causador de hepatite colestática" (Goodman & Gilman).

O último exemplo é o Imosec, antidiarreico muito utilizado no passado, composto pela loperamida, derivado da morfina, com ação semelhante aos opiáceos e que em 1984 foi objeto de um trabalho realizado por professores/médicos da Universidade Federal Fluminense chamando a atenção para o caso de um lactente intoxicado. Esse caso parece ser confirmado pela experiência do Centro de Controle de Intoxicações da USP, que revela que entre intoxicações agudas em crianças, aquelas produzidas pelo derivado do ópio ocupam lugar de destaque. Sem mencionar os indícios de que a administração de loperamida pode aumentar o curso da febre e retardar o desaparecimento normal dos microorganismos infactantes.

Finalmente, é fundamental indagar o que houve com os aumentos concedidos que não atingiram os tuberculostáticos, antiparkinsonianos e anticonvulsiovantes, ausentes das prateleiras desde meados de 86. Não houve atualização de preços para estes importantes fármacos? Ou a atualização não mereceu resposta por parte das empresas? Será que é hora de aplicar o Decreto 79094/77 da Lei Sanitária, cujo artigo 13º prevê que a interrupção de fabricação deve ser comunicada ao Ministério da Saúde com antecedência mínima de 180 dias, sob pena do infrator sofrer punições?

pulações sem acesso à assis- matéria-prima
tência farmacêutica. Isso po-
de feito exemplo